

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

18

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André FÉCAN

Né le 12 octobre 1906, à La Neuville-les-Bray (Somme)
Ex-interne des Hôpitaux d'Amiens

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SINISTROPOSITION DU GROS INTESTIN

avec dextroposition du grêle par arrêt de torsion
de l'anse intestinale embryonnaire

Président : M. GOSSET, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André FÉCAN

Né le 12 octobre 1906, à La Neuville-les-Bray (Somme)

Ex-interne des Hôpitaux d'Amiens

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SINISTROPOSITION DU GROS INTESTIN

avec dextroposition du grêle par arrêt de torsion
de l'anse intestinale embryonnaire

Président : M. GOSSET, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHIARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . . Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER. . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE(G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT Histologie.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale,
 CHIRAY. . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique mé-
 dicale.
 BASSET. . . Clinique chirurgicale,
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale,
 MATHIEU. . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale
 SCHWARTZ. . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER. . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER. . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique en
chaire		l'adulte pour les accidentés du travail, les
		mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie,
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*En témoignage de ma grande
reconnaissance et de ma pro-
fonde affection.*

A MON FRÈRE

Docteur en médecine

A TOUS MES PARENTS

A MES CAMARADES D'INTERNAT (1928-1931)

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui a bien voulu me faire
l'honneur de présider ma thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

En médecine :

MM. LES DOCTEURS BAX

GIRARD

HAUTEFEUILLE

MERLE, professeurs à l'Ecole de
Médecine d'Amiens.

M. LE DOCTEUR VASSELLE

*Qui m'inspira le sujet de cette
thèse et facilita grandement ma
tâche en me prodiguant ses con-
seils éclairés.*

En chirurgie :

MM. LES DOCTEURS DE BUTLER

CARAVEN, professeurs à l'Ecole
de Médecine d'Amiens.

CHAZARAIN, ex-chirurgien des
Hôpitaux d'Amiens et Profes-
seur à l'Ecole de Médecine.

M. LE DOCTEUR SOURDAT

En obstétrique :

M. LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE

*En remerciement de l'aimable
et bienveillant accueil qu'il me
fit dans son service de l'Hôpital
Lariboisière.*

M. LE DOCTEUR JULLIEN

Professeur de clinique obstétricale
à l'Ecole de Médecine d'Amiens

*Je ne saurais trop assurer ces
Maîtres de mes vifs sentiments
de gratitude pour le précieux
enseignement qu'ils ont su me
donner, pour la bienveillance
qu'ils m'ont toujours témoignée.*

A MM. LE DIRECTEUR ET LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET
DE PHARMACIE D'AMIENS

AVANT-PROPOS

L'étude anatomo-clinique des anomalies congénitales du gros intestin a, dans ces dernières années retenu l'attention de nombreux auteurs. On s'est aperçu que ces anomalies peuvent causer des troubles importants et qu'elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pensait. C'est à l'exploration radiologique qu'on doit d'en avoir montré la relative fréquence et d'avoir ainsi mis en valeur tout l'intérêt que comporte la connaissance de ces malformations, dont l'étude est susceptible d'éclairer bien des points encore obscurs de la pathologie du gros intestin. L'ignorance de ces anomalies peut entraîner le médecin à de sérieuses erreurs de diagnostic, tandis que le chirurgien peut commettre des fautes opératoires capables d'amener une issue fatale dans les cas graves.

Nous n'envisagerons dans ce travail, parmi les multiples anomalies du gros intestin, qu'une d'entre elles, relative à la transposition de l'organe, dans la moitié gauche de l'abdomen.

Notre étude comprend cinq chapitres :

1° Dans un premier chapitre, nous définirons

notre sujet et le situerons dans son cadre nosologique ;

2° Dans un deuxième chapitre, après un court aperçu historique, nous donnerons un exposé anatomique et embryologique de cette malformation ;

3° Dans un troisième chapitre nous poserons et tenterons de résoudre le problème : Existe-t-il un syndrome clinique en rapport avec la sinistro-position du gros intestin ?

4° Dans un quatrième chapitre nous envisagerons le diagnostic radiologique de cette anomalie ;

5° Enfin, après quelques données thérapeutiques, nous résumerons dans les conclusions les idées essentielles qui découlent de cette étude, à l'appui de laquelle nous joindrons quatorze observations récentes publiées ou non.

* * *

Avant de commencer l'exposé de notre travail, il nous tient à cœur d'exprimer toute notre reconnaissance à ceux de nos Maîtres, qui ont bien voulu nous aider dans notre tâche : M. le Dr Vassel, médecin des Hôpitaux d'Amiens, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse ; M. le Dr Carven, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine,

et M. le D^r Sourdat, chirurgien des Hôpitaux d'Amiens, dont l'amabilité nous a valu deux observations personnelles, inédites. Il nous est particulièrement agréable de remercier ici M. le D^r Détré, radiologiste des Hôpitaux de Paris, qui a bien voulu nous autoriser à reproduire deux calques radiographiques du plus grand intérêt.

Contribution à l'Étude
de la
Sinistroposition du gros Intestin
avec dextroposition du grêle par arrêt de torsion
de l'anse intestinale embryonnaire

DÉFINITION

Les malformations congénitales du gros intestin sont multiples. On peut les classer en :

- 1^o Anomalies de longueur ;
- 2^o Anomalies de calibre ;
- 3^o Anomalies de position.

Les anomalies de longueur et de calibre ne feront pas l'objet de ce travail ; nous ne nous occuperons, comme nous l'avons annoncé que des seules anomalies de position.

De Quervain en donne la classification suivante que nous adoptons :

1^o La *Rétroposition* : le gros intestin se trouve derrière l'intestin grêle, parce que l'anse ombilicale n'a pas subi la torsion habituelle ;

2^o La *Sinistroposition* : le gros intestin, en totalité, se trouve dans le côté gauche de la cavité abdo-

minale, la torsion de l'anse ombilicale s'étant arrêtée avant l'entrecroisement de l'intestin grêle et du gros intestin ;

3° La *Dextroposition* ; tout le gros intestin se trouve dans la moitié droite de l'abdomen, l'anse ombilicale ayant subi une torsion partielle en sens inverse ;

4° *Situs inverse partiel inférieur* : il y a entrecroisement complet de l'intestin grêle et du gros intestin, mais en position inverse, l'anse ombilicale ayant subi une torsion complète en sens inverse.

Nous nous en tiendrons à l'étude de la sinistroposition du gros intestin, une des plus fréquentes parmi les anomalies de position. Ceci dit, il nous faut encore distinguer la vraie sinistroposition de la fausse sinistroposition, comme l'ont fait Hecker, Grünwald et Kühlmann dans un mémoire original très documenté. Nous réserverons le terme de sinistroposition ou de sinistrocôlie à la situation du gros intestin à gauche de la ligne médiane, le grêle étant à droite, par anomalie de la torsion embryonnaire de l'anse intestinale. Le terme de fausse sinistrocôlie, sans préjuger de sa pathogénie convient à la position gauche du gros intestin, la torsion embryonnaire intestinale ayant eu lieu normalement. Disons tout de suite que la cause de

cette fausse sinistrcolie est variable : dans certains cas elle peut être congénitale et résulter soit d'une absence des ligaments fixateurs du cadre colique), soit d'un défaut d'accolement au péritoine pariétal, d'où colon anormalement mobile ; dans d'autres cas, il s'agit soit d'une ptose du gros intestin, soit d'un refoulement à gauche par une tumeur ou un abcès de la fosse iliaque droite.

HISTORIQUE

C'est Fleschmann qui en 1815 signala le premier l'existence de l'anomalie de position du gros intestin en découvrant au cours d'une autopsie un caecum dans la fosse iliaque gauche. Les rares cas cités furent en effet, pendant longtemps des trouvailles d'autopsie et c'est pendant plus d'un demi-siècle, à des anatomistes célèbres comme Grüber, Treitz, Lookwood, Marchant, Farabeuf, Grönross que nous les devons. Puis, vers la fin du siècle dernier les chirurgiens se trouvèrent aux prises avec les difficultés opératoires créées par la malformation sur lesquelles Curschmann en 1894 attira l'attention. Enfin, de nos jours, quoiqu'il n'existe qu'un petit nombre de travaux sur la question, on commence à ne plus méconnaître autant l'anomalie de position du gros intestin tant dans la pratique chirurgicale que surtout radiologique. Pour peu qu'on en soit averti, les rayons X découvrent de plus en plus souvent cette malformation et il nous a été relativement facile de rassembler, publiées ou non, une quinzaine d'observations, datant de ces cinq dernières années.

Exposé embryologique.

Vers la 6^e semaine, le tube digestif de l'embryon, rattaché au rachis par un mésentère dorsal, occupe dans la cavité abdominale, une situation médiane. Au-dessous de l'estomac et du duodénum se trouve l'anse intestinale dont la branche supérieure deviendra le grêle, l'inférieure le gros intestin. Son axe antéro-postérieur est l'artère mésentérique supérieure, prolongée par le canal vitellin en avant. Mais comme le tube digestif va croître plus vite que le corps de l'embryon, il subira une torsion.

Cette torsion se produira aux dépens de l'anse intestinale qui va pivoter autour de son axe, l'artère mésentérique. Elle se fait dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

On observe, d'après Fredet, les phases suivantes :

1^o *Après rotation de 90°* : l'angle duodéno-jéjunal se déplace vers la gauche et arrive au même niveau que l'artère mésentérique tandis que l'intestin grêle est à droite, le gros intestin à gauche (v. fig. I);

2^o *Après rotation de 180°* : l'angle duodéno-jéjunal siège sur la ligne médiane au-dessous de l'artère mésentérique : l'angle splénique au lieu d'effectuer la même rotation de 180°, s'arrête dans son mouvement circulaire à gauche, après une nouvelle torsion de 45° uniquement. C'est ainsi que

l'angle splénique prend sa position définitive dans l'hypocondre gauche, après une rotation de 135° au lieu de 270° que, le secteur iléo cæcal a détruit à la fin de toute torsion. Par conséquent, après 180° de torsion, l'intestin grêle avec l'angle duodéno-jéjunal se trouve au-dessous du mésentère, commun encore, tandis que la portion initiale du gros intestin se

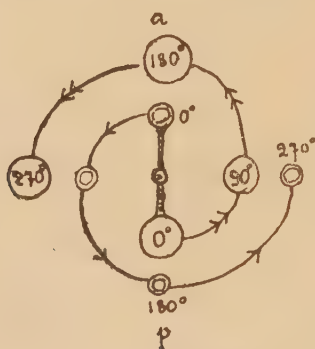


FIG. 1. — Schéma marquant la position réciproque du gros intestin et de l'intestin grêle avec l'axe mésentérique au cours des différentes phases de la torsion à sens normal. Le rond à petit calibre représente l'intestin grêle, le rond à grand calibre représente le gros intestin. *a*, antérieur; *p*, postérieur (d'après Hecker, Grünwald et Kühlmann).

trouve au-dessus, pour se diriger vers l'angle splénique resté à gauche.

3°. Après une dernière torsion de 90° , soit un total de 270° , l'angle duodéno-jéjunal, après avoir décrit une courbe contournant en bas le pédicule mésentérique, remonte de nouveau à sa hauteur en se plaçant à gauche en position définitive.

Mais à ce stade, la branche inférieure de l'anse ombilicale est obliquement étalée de haut en bas et de gauche à droite croisant la 2^e portion du duodénum.

Le cæcum est sous le foie en position renversée et n'a pas encore effectué sa descente normale ainsi que son allongement, phénomènes qui le placeront définitivement dans la fosse iliaque droite.

Mécanisme de la dystopie du gros intestin.

Qu'un arrêt se produise dans ce phénomène de torsion de l'anse intestinale et voici expliquées les anomalies différentes de situation du gros intestin. La torsion peut faire totalement défaut ou être incomplète.

1^o *Absence de torsion.*— Farabeuf a fait à ce sujet une comparaison devenue célèbre, avec la disposition normale du tube digestif de la chauve-souris Roussette. L'opinion de Farabeuf a été récemment controversée par Hecker, Grünwald et Kühlmann de Strasbourg, pour qui il existerait déjà dans ce cas une ébauche de torsion. Il manque en effet le critérium d'absence de torsion, la rétroposition du gros intestin. Le cæcum et le côlon ascendant sont à droite. Les cas sont extrêmement rares : on cite ceux de Tandler, Strehl, Tscherning, Broca, Jayle. Le professeur Ombredanne en a rapporté l'an dernier un cas analogue à la Société de chirurgie.

2° *Torsion incomplète.* — La rotation complète de l'anse intestinale, avons-nous dit, décrit un arc de 270° . On conçoit donc avec Hecker, Grünwald et Kühlmann que schématiquement chaque arc de 90° puisse représenter un degré de torsion et qu'on puisse définir ainsi une sinistrocolie de 1^{er} degré,

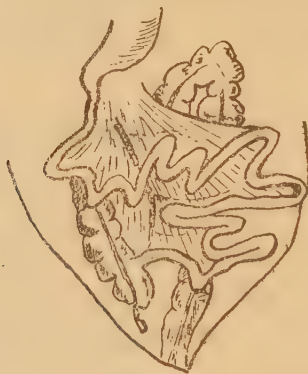


FIG. 2. — Absence de toute torsion
rétro-position du gros intestin
d'après Hecker, Grünwald et
Kühlmann.

2° degré, enfin une position du 3° degré, qui est la position voisine de la normale.

1° *Sinistroposition du premier degré, arrêt de torsion à 90° .* L'intestin grêle occupe la moitié droite de la cavité péritonéale et un même plan que le gros intestin. Le gros intestin est par contre contenu dans la moitié gauche de l'abdomen, de telle sorte que le côlon descendant se place à l'arrière de la partie initiale du colon. Le cæcum, dans ces cas, peut avoir une situation fort variable. Il est habi-

tuellement mobile et garde son méso libre, mais il peut secondairement s'accoler au point anormal où il se trouve logé. L'angle duodéno-jéjunal se trouve à droite de l'artère mésentérique, avec médiane de torsion.

Pour Hecker, Grünwald, et Kühmann, les observations qui correspondaient à ce degré sont difficiles à classer en raison de l'absence de repérage de



FIG. 3. — Sinistro-côlie de 1^{er} degré
d'après Hecker, Grünwald et
Kühlmann.

l'angle duodéno-jéjunal, et bien souvent on avance à tort qu'il y a arrêt de torsion à 90°. Dans la littérature les cas de Grüber (2^e cas), Farabeuf, Tandler (2^e et 3^e cas) rentreraient dans cette catégorie. Parmi les observations, que nous avons rassemblées, les observations IX, X, IV, semblent pouvoir être rattachées à ce premier type d'anomalie.

2^o *Sinistroposition du 2^e degré.* La torsion s'est

accentuée au delà de 90° , sans toutefois dépasser 180° . L'angle duodéno-jéjunal est sur la ligne médiane, au-dessous de l'origine de l'artère mésentérique. Le grêle se trouve dans un plan postérieur par rapport au gros intestin qui occupe la moitié gauche de l'abdomen, mais le cæcum est souvent libre



FIG. 4. — Sinistro-côlie de 2^e degré d'après Hecker, Grünwald et Kühlmann.

au voisinage de la ligne médiane. Les cas de Michel Curschmann, Huntington, Jabonlay, Keffer, les 2 cas de Hecker, Grünwald et Kühlmann, le cas de Gilbert sont des cas de sinistroposition du 2^e degré. Parmi les nouveaux cas, les observations XI, XII, XIII peuvent être classées comme des sinistrocolies de deuxième degré.

3^e La torsion embryonnaire s'achève Pourtant la

position n'est pas encore normale. L'angle duodéno-jéjunal est à gauche de la ligne médiane.

L'angle splénique est dans sa position définitive. Le cæcum est au voisinage de la face inférieure du foie.

Les cas signalés sont relativement très rares pour les trois auteurs alsaciens qui proposent de dénommer ce stade d'arrêt de torsion entre 180° et 270° : Dystopie colique de 3° degré à torsion normale.

Alors que les observations de ce 3° degré seraient très rares (cas de Curschmann, Farenhott) celles qui correspondent à la torsion achevée seraient plus fréquentes et il est arrivé à de nombreux chirurgiens d'enlever un appendice dans le foie. Il s'agit bien dans les 3 observations que Thévenard et Petit de la Villéon ont rapportées dernièrement de cas authentiques de cæcum renversé n'ayant pas effectué la descente normale.

De ces données théoriques, il résulte que si l'on veut déterminer le degré d'un cas de sinistro-position du gros intestin, il faudra avant tout bien repérer la position de l'angle duodéno-jéjunal par rapport à la ligne médiane ou dans une intervention chirurgicale par rapport à l'artère mésentérique. Est-il nettement à droite de la ligne médiane ? On dira sinistrocôlie du premier degré ; au voisinage ? sinistrocôlie du deuxième degré. Vers la gauche ? Sinistrocôlie du troisième degré.

Tels sont les différents types de position anormale que peut prendre le gros intestin en position

gauche. Or, la morphologie de cet organe est chaque fois modifiée, mais sans qu'on puisse décrire pour chaque type d'anomalie de situation une forme spéciale. Le gros intestin affecte en effet des aspects très variables et inattendus. Dans certains cas, le cæco-ascendant et le côlon descendant sont accolés en canon de fusil (obs. IV). Dans d'autres cas se dessinent des boucles, des sinuosités plus ou moins capricieuses (obs. III, VIII, XI, XIII) ; dans d'autres encore le gros intestin prend une double disposition angulaire : dans un premier angle formé par les côlons s'en inscrit un deuxième formé par le sigmoïde (obs. XII) ; dans d'autres enfin tout le gros intestin se développe sous la forme d'une ansé très vaste dont le point culminant avoisine le diaphragme (obs. IX).

Notons en outre qu'à l'anomalie de forme du gros intestin peut s'associer une autre anomalie soit de calibre, soit le plus souvent de longueur. Un certain nombre de nos observations signalent en effet la coexistence d'un allongement segmentaire du côlon ou du sigmoïde (obs. VII et X, VIII et XII) ; mais à ce sujet, il convient, selon nous, d'être prudent dans l'affirmation de la coexistence de cette autre anomalie, en raison de la délimitation parfois difficile des différentes portions du gros intestin. S'il y a des cas où l'on reconnaît assez distinctement les 4 segments du côlon, il en est d'autres où l'on ne reconnaît seulement que trois, deux ou un seul segment, naturellement fort long. Plus souvent,

c'est le transverse qui fait défaut tandis qu'on note la persistance normale du descendant et de l'angle colique gauche. Dans le cas de Grüber (1863), il n'existait ni côlon ascendant, ni transverse, ni presque de descendant.

Rapports anatomiques.

a) *Avec le péritoine.* — Normalement après la phase de torsion se produit la phase de coalescence qui consiste en l'accolement des mésos à la paroi abdominale postérieure. Lorsque la phase de torsion est incomplète, la 2^e phase de coalescence peut néanmoins se produire : les organes se fixant au point anormal où ils se trouvent logés. Mais le plus souvent, cette phase de coalescence fait défaut et l'on a la disposition connue sous le nom de mésentère commun. Ce mésentère peut d'ailleurs être commun soit à l'intestin tout entier, y compris le duodénum, soit à l'iléon, au côlon ascendant et descendant ou exclusivement au niveau de la première de ces parties. L'intérêt de ce mésentère commun est qu'il entraîne une mobilité exagérée des différents segments du tube digestif, avec comme corollaire la possibilité soit de torsion intestinale, qui n'avait pas échappé à l'attention des premiers observateurs (Whipham, Good, R. Budberg, Bœnighausen et W. Koch, Helmsmüller), soit de sténose canaliculaire par plicature.

b) *Avec les organes abdominaux.* — De même

qu'il est impossible de décrire à cette dystopie du gros intestin des particularités morphologiques, de même est-il impossible de lui assigner une topographie quelconque au milieu de ce bouleversement des rapports abdominaux. Tout est affaire d'espèce. N'y avait-il pas dans le cas très curieux rapporté par Mocquot et Détré une hernie diaphragmatique dans laquelle pénétrait « une anse intestinale volumineuse qui se recourbait dans le champ pulmonaire droit en passant derrière le cœur et redescendait sur le bord gauche du rachis pour se raccorder par une portion étroite à ce qui paraît être le côlon ascendant et le cæcum situés à gauche sous l'estomac » ?

Dillenseger insiste avec raison sur les modifications que peuvent subir dans leur situation respective certains organes tels que la vésicule biliaire, le pancréas et le rein. Et dans un cas personnel de sinistrocôlie qui s'accompagnait d'un duodénum mobile, il a noté la mobilité partielle du pancréas et l'ectopie du rein droit, qu'il attribue au défaut de contention de cet organe par la non fixité du méso-duodénum.

Avant de clore cet exposé anatomique, il nous a semblé utile d'attirer l'attention sur un point que nombre d'auteurs n'ont pas toujours précisé avec la clarté suffisante dans leurs observations. Nous voulons parler de l'anomalie de situation et de forme du duodénum qui coexiste souvent avec la sinistroposition du gros intestin. On comprend toute l'importance de cette remarque, si l'on songe que la

dystopie duodénale est susceptible de causer des troubles qu'on serait tenté d'attribuer faussement à la dystopie colique. En quoi consiste cette dystopie duodénale ? Un certain nombre d'observations mentionnent deux types de malformation désignés habituellement sous le nom de duodénum mobile et d'inversion duodénale. En cas de mobilité duodénale, l'anse duodénale flottant librement par suite de la non coalescence du mésoduodénum au feuillet péritonéal postérieur se modifie dans sa situation et dans sa forme, sous l'influence de causes diverses : station et decubitus par exemple. On distingue deux variétés de mobilité duodénale : l'une totale, l'autre partielle. Dans l'une, le défaut d'accolement au plan postérieur porte sur tout l'organe, depuis le pylore jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal ; dans l'autre il n'intéresse qu'une partie seulement de la 2^e portion jusqu'au méso-côlon transverse, la 1^{re} portion duodénale étant fixe. En cas de duodénum totalement mobile, on conçoit que l'organe subisse des modifications morphologiques considérables : au lieu de 4 portions, il n'en présente plus que 3, 2, ou même une, ressemblant à une anse grêle munie d'un méso.

En cas d'inversion duodénale, il existe simplement une transposition des 2^e et 4^e portions. Cette dernière, ainsi que l'angle duodéno-jéjunal se trouvant sur le flanc droit de la colonne vertébrale, la concavité de l'anse étant dirigée vers le haut comme normalement ; il est fort probable qu'elle est la con-

séquence de la fixation secondaire du duodénum d'abord mobile. Nous pensons qu'elle doit correspondre à l'arrêt de torsion à 90° . Ces différentes anomalies duodénales commencent à être mieux connues. Mais leur coexistence avec la dystopie colique n'a été encore signalée que dans un petit nombre d'observations. Pourtant dans les anciennes observations, celle de Treitz est déjà très suggestive à ce point de vue. Il s'agissait d'une femme de 32 ans qui en plus de sa malformation colique présentait un duodénum totalement mobile. Cette particularité fit dire à Treitz que le duodénum n'existait pas à proprement parler, car l'intestin descendait verticalement à partir du pylore et se continuait sans limite nette avec le jéjunum. Parmi les observations récentes, l'observation XIII concerne vraisemblablement un cas de sinistrocôlie avec duodénum totalement mobile (aspect radiologique en S couché). Dans l'observation XI il s'agit d'un cas authentique de duodénum mobile : l'auteur put au palper sous les rayons X « promener » littéralement le duodénum. En outre, l'examen le montra inversé dans la station verticale et déroulé dans le décubitus ventral. Dans l'observation I, il s'agit aussi d'un duodénum mobile révélé à l'intervention. L'observation IX concerne une inversion duodénale typique. Il en est de même de l'observation XIV et probablement de l'observation III. Dans l'observation IV le duodénum a été reconnu normal. Nous pensons que, entre la situation normale et l'inver-

sion, il doit exister des formes de passage, l'organe se fixant dans une position intermédiaire. Il en serait ainsi dans l'observation X dans laquelle la configuration normale s'arrête à la partie inférieure de D_2 . Dans l'observation VIII, le duodénum avait la forme d'un diapason à branches courtes dirigées vers la gauche.

Quel rapport y a-t-il entre la dystopie colique et la dystopie duodénale? L'embryologie en fournit la réponse. Nul doute que l'arrêt de torsion intestinale n'empêche la coalescence normale des feuilletts péritonéaux dont résulte la fixation de l'organe.

Si nous connaissons bien le mécanisme embryologique de l'anomalie de position, du moins ignorons-nous la cause qui amène l'arrêt de torsion. On a bien parlé pour l'expliquer de péritonite fœtale, bloquant l'involution de l'anse en position anormale et la constatation d'adhérences péritonéales extrêmement fréquentes semblerait donner raison à cette hypothèse. Mais il est difficile de prouver que ces adhérences sont d'ordre inflammatoire, et qu'elles sont primitives plutôt que secondaires aux lésions de l'organe sous-jacent. D'autre part, admettre le rôle d'une péritonite fœtale, cause première de l'anomalie, ce n'est que reculer le problème. De quelle nature est cette péritonite? C'est par trop facile d'invoquer sans preuve l'hérédosyphilis ou l'hérédotuberculose.

Stieda a soulevé une autre hypothèse : normalement, dit-il, l'intestin grêle se développe avant le

gros intestin et occupe la partie inférieure de l'abdomen. Le foie très développé à ce moment occupe la partie supérieure. Au fur et à mesure qu'il régresse, le côlon refoulé d'abord à gauche se développe et prend la place au-dessous de lui et ainsi la rotation s'opère. Si le développement du côlon est plus précoce ou plus exubérant que celui du grêle, il occupera la partie inférieure et gauche de la cavité abdominale et la rotation ne s'opère pas. Malheureusement, cette explication ne se trouverait vérifiée que dans un petit nombre de cas caractérisés par l'allongement du côlon.

ÉTUDE CLINIQUE

Jusqu'à ces dernières années, le rôle joué en clinique par les anomalies de position du gros intestin, n'avait été envisagé que du point de vue de leur importance chirurgicale. De Quervain, dans la *Semaine Médicale* de 1904, s'exprime en ces termes : « La connaissance des positions anormales de l'intestin nous paraît importante. Tout d'abord, parce que ces anomalies altèrent sensiblement le tableau clinique de diverses affections abdominales, ensuite parce qu'elles sont elles-mêmes la cause de plusieurs accidents, enfin parce qu'elles peuvent exiger des modifications sensibles de certains procédés de chirurgie intestinale » et point par point il commente son opinion.

Il cite des cas où l'on a repoussé le diagnostic d'appendicite parce que la fosse iliaque droite était complètement libre. Il insiste sur des complications fréquentes : invagination intestinale, volvulus du cæcum, du grêle, de l'anse sigmoïde. Enfin, il rappelle à propos d'un cas personnel de sinistro-position du gros intestin rencontré à l'occasion d'une gastroentérostomie, les difficultés de la technique opératoire. Hecker, Grünwald et Kühlmann envisa-

gent eux aussi l'importance chirurgicale des dystopies du côlon, mais déjà ils font essai de symptomatologie clinique. « Souvent, disent-ils, elles ne donnent lieu à aucune manifestation pathologique, et leur découverte peut être un pur hasard d'examen radiologique » et plus loin... « Les malformations coliques ne restent pas toujours latentes ; mais elles peuvent aussi se révéler pendant la vie par des troubles tantôt d'allure chronique, tantôt d'allure aiguë. » Les troubles relèveraient d'une stase intestinale chronique causée par les boucles et les angles aigus du gros intestin pelotonné ; d'où la constipation habituelle ; puis survient un stade de colite avec alternatives de débâcles diarrhéiques et de constipation. A un degré plus marqué on observerait une véritable obstruction chronique. Secondairement à cette colite chronique se produisent des lésions de péritonite plastique. Ils insistent eux aussi sur les complications mécaniques : volvulus, occlusion intestinale, invagination iléo-cæcale. Leur opinion contient certes une part de vérité, mais nous ne croyons pas qu'elles répondent à la diversité des faits cliniques.

Nous avons vu au chapitre anatomique que l'anomalie de position du gros intestin entraîne des modifications importantes de la forme de l'organe. Il n'existe plus de cadre colique et les différents segments, que les anatomistes ont coutume de définir au gros intestin sont parfois difficiles à reconnaître ou tout au moins à délimiter. Et pourtant cette seg-

mentation anatomique du côlon, n'est pas, comme on le sait, toute artificielle et commode pour la description. Il existe en effet un rapport physiologique normal entre les différents segments du côlon. Le cæcum et le côlon droit constituent un réservoir extensible où le contenu liquide de l'intestin grêle séjourne très longuement, est soumis à un brassage prolongé et subit une digestion complémentaire dans un milieu acide et pollué de bactéries. Le côlon gauche, lui, a un rôle de déshydratation et de moulage vis-à-vis du résidu alimentaire. Par conséquent, il n'apparaît pas invraisemblable que la physiologie normale du gros intestin puisse être plus ou moins troublée et que des signes pathologiques puissent en résulter. Le problème clinique de la sinistro-position du gros intestin vaut donc la peine d'être envisagé. Mais pour le résoudre il nous a semblé que seule l'interprétation des faits cliniques pouvait y parvenir. C'est ce dont nous avons fait l'essai d'après l'examen de nos observations.

D'une première analyse il ressort que dans tous les cas les malades allèrent au médecin pour des troubles digestifs variés gastriques ou duodénaux, (obs. II, III, VI, VIII, IX, XI, XIV) ou biliaires (obs. I), ou intestinaux (obs. VII, X) ou bien plus simplement pour des douleurs abdominales, localisées plus souvent dans la fosse iliaque droite (obs. IV, V, XII, XIII).

Mais là n'est pas le problème et il nous a semblé plus conforme à la vérité et à la complexité des faits

de rechercher dans quelle mesure les troubles accusés, par les malades, ont un rapport avec l'anomalie de position du gros intestin.

Il semble que dans un premier groupe de faits il y ait un rapport direct entre les manifestations pathologiques et la sinistro-colie.

Dans d'autres cas le rapport semble indirect, les troubles paraissant relever de lésions secondaires à l'anomalie de position du côlon.

Mais dans un grand nombre de cas la sinistro-colie est selon toute vraisemblance sans expression clinique et les troubles accusés relèvent d'une affection concomitante du tube digestif.

Il semble en outre qu'il faille parfois incriminer les anomalies duodénales qui accompagnent souvent la sinistro-côlie.

I. — Troubles en rapport direct avec la sinistro-côlie.

Une seule observation nous a paru appartenir à la première éventualité (obs. XI).

On y remarque tout d'abord que le début des troubles a été extrêmement précoce, et ensuite que ceux-ci ont évolué en deux étapes : une première étape de constipation simple, indolente, opiniâtre jusqu'à l'âge de 13 ans, paraissant bien en rapport direct avec l'anomalie ; une deuxième période où se produisirent des alternatives de constipation et de diarrhée, et avec une gravité croissante des accès

fébriles, des douleurs violentes avec hyperesthésie cutanée, vomissements, imprégnation toxique générale et nerveuse. Un tel tableau clinique nécessita une intervention. Celle-ci montra des lésions de colite et de péricolite. Il y a lieu de noter en outre que toute autre affection digestive était absente et que la colectomie a amené la guérison. Enfin signalons que le sujet était atteint d'hypotrophie staturale (1 m. 45) et qu'il était porteur d'un dolichocôlon. On pourrait objecter que ce dolichocôlon était susceptible de provoquer la constipation opiniâtre et précoce. Nous concluerons néanmoins que les deux anomalies s'associèrent sans doute dans ce cas pour augmenter la gravité toute particulière qu'il a comportée.

Dans d'autres cas l'anomalie reste longtemps silencieuse ; elle ne donne lieu à aucun trouble jusqu'au jour où elle se révèle par une complication brutale : volvulus, invagination iléo-cæcale. C'est ainsi que dans l'observation VIII après une phase de latence complète, l'anomalie se manifeste par des phénomènes de subocclusion à répétition. Le malade ayant été opéré quelques mois auparavant d'une appendicite aiguë, c'est au diagnostic logique d'occlusion intestinale par bride au niveau du cæcum qu'on avait pensé, pour expliquer les symptômes : alternatives de constipation et de diarrhée, puis douleur au point de Mac Burney, crises de gonflement de la fosse iliaque droite avec phénomènes nerveux convulsifs. Après une première opé-

ration qui réussit à réduire la dystopie du gros intestin on dut néanmoins intervenir à nouveau pour un volvulus chronique du côlon descendant, lui-même anormalement long. Cette fois le malade guérit définitivement.

L'invagination intestinale semble plus rare que le volvulus. Le défaut d'accolement de l'angle iléo-cæcal serait, ainsi qu'on l'admet, la cause essentielle de cette complication. Nous n'en connaissons pas d'observation récente.

Dans ces cas l'anomalie emprunte pour ainsi dire sa symptomatologie à sa complication.

II. — Troubles en rapport indirect avec la sinistrocôlie.

Plus souvent dans nos observations les troubles semblent être en rapport indirect avec la malformation. Il est très fréquent de trouver outre l'anomalie des lésions de péritonite chronique adhésive. Cette péritonite chronique s'est montrée même à peu près constante dans les observations où il y eut vérification opératoire. De là l'idée d'expliquer une telle fréquence par une relation de cause à effet entre les malformations et les lésions de péritonite chronique.

« Le problème de ces processus adhésifs, écrit Descomps (1) est complexe : il faut tenir compte,

1. *Le syndrome folliculaire intestinal*. Questions cliniques d'actualité, 2^e série 1930.

dans certains cas des résidus cicatriciels de fausses membranes vraies et presque toujours de certains éléments congénitaux résultant de variations dans les dispositions régionales, plus spécialement de celles qui sont liées à l'évolution du péritoine, dans ces zones d'accolement de la séreuse consécutive à l'évolution des mésos et aux coalescences viscéro-pariétales ou interviscérales intéressant certains segments du tube digestif. Il faut savoir distinguer les deux formes anatomiques d'adhérences, celles qui résultent de scléroses inflammatoires, celles qui peuvent être uniquement d'ordre anatomique, congénital, donc sans signification pathologique primitive. » Et en effet rien ne prouve, quand il s'agit de troubles présentés par les malades atteints de l'anomalie de position du gros intestin que leur péritonite adhésive n'est pas aussi ancienne que l'anomalie, et sans signification pathologique, pas plus qu'on ne peut nier le rôle possible d'une périviscérite infectieuse.

Aussi croyons-nous que, de l'observation même des faits, il puisse exister chez ces malades deux sortes d'adhérences : les unes constantes, bénignes très anciennes datant de la période embryonnaire, les autres inconstantes, pathologiques en rapport avec les troubles fonctionnels et inflammatoires du gros intestin et qui rentrent précisément dans la 2^e catégorie des faits que nous avons distingués. C'est ainsi que dans le cas de Brouet et Caroli opéré par Bergeret, les troubles de la 2^e période évolutive

de la maladie peuvent être mis au compte de la péricécrite, car lors de l'intervention il existait un filet de péricolite prenant le côlon ascendant et la branche droite du côlon transverse.

La symptomatologie clinique est d'ordinaire moins complète, comme dans l'observation IV où le malade, sujet particulièrement nerveux et agité, n'a présenté comme tout symptôme que des douleurs abdominales procédant par crises subaiguës pendant de nombreuses années, en l'absence de fièvre ou troubles digestifs gastro-intestinaux. Ces manifestations douloureuses s'accompagnaient de points douloureux dans les fosses iliaques et surtout dans la région paramédiane qu'on reconnût être la région cœco-appendiculaire.

A l'intervention il y avait une sorte de mésentérite rétractile avec brides fibreuses minces réunissant le cæcum et le côlon ascendant au côlon descendant et au côlon sigmoïde et des lésions d'appendicite chronique. On voit que la symptomatologie clinique de la péricécrite est vraiment pauvre. « Les signes locaux (1) se réduisent souvent à un seul signe. Ce signe est la douleur plus ou moins brusque, plus ou moins intense, plus ou moins localisée. Parfois deux signes sont associés : douleur et contracture de défense et c'est tout ». La douleur qui fit croire à une appendicite fut l'unique symptôme clinique que présenta le malade

1. Descomps, *loc. cit.*

de l'observation XIII. Il en fut vraisemblablement de même dans l'observation V, rapportée par Baumgartner, et dans un cas de Brouet (1), où le malade fut parerreur opéré d'appendicite chronique. Quant au malade de l'observation XIII, il n'eut, à notre connaissance, qu'une seule crise douloureuse, qui le fit admettre d'urgence à l'hôpital, et, qui, ainsi que nous nous en sommes assurés, ne s'est pas encore reproduite. Pourtant des lésions péritonéales discrètes, mais indubitables furent constatées à l'intervention.

A ce propos, il est intéressant de noter que cette périviscérite était d'un genre particulier, pseudo granulaire. On sait en effet qu'à côté des scléroses adhésives péritonéales, il existe des scléroses non adhésives, affectant l'aspect de granulations scléreuses en grains plus ou moins fins, et qui, tout comme les scléroses adhésives représentent les cicatrices des poussées congestives de lymphangite péritonéale. On sait en outre, que cette lymphangite péritonéale aime à évoluer pendant des années sous des manifestations souvent très atténuées. Aussi est-il fort probable, qu'il faille attribuer, même en l'absence de vérification opératoire, à des lésions de périviscérite adhésive ou granuleuse, les crises douloureuses abdominales, datant de 2 à 3 ans, le point douloureux de la fosse iliaque droite, nullement appendiculaire, les vomissements que présentait la

1. Brouet, *Un cas d'arrêt de la rotation de l'intestin. Annales d'anatomie pathologique*, 7 janvier 1926.

malade de l'observation XII. Quant à la constipation habituelle, n'est-elle pas imputable au dolichosigmoïde que révéla en plus de la sinistro-colie l'examen radiologique ?

Qu'on nous permette une remarque, qui ne nous semble pas dépourvue d'intérêt. Dans un certain nombre d'observations, il est signalé que les malades présentaient des symptômes d'hyperexcitabilité nerveuse, émotivité exagérée et agitation (obs. IV et XI), crises épileptiformes (obs. VII), état nauséux (obs. XII), céphalée persistante (obs. X).

Pour expliquer cette fréquence, ne peut-on pas penser, comme le suggère Descomps, à une sorte d'imprégnation du système nerveux consécutive aux résorptions d'albumines toxiques et de certains produits volatils, qui se produiraient à l'occasion des perturbations physiologiques du gros intestin et en particulier de la fonction antitoxique. Cette fonction antitoxique appartiendrait surtout au tissu lymphoïde intestinal, dont la carence entraînerait le développement d'une lymphangite péritonéale. Or, de celle-ci, nous ne connaissons bien que le terme ultime : la cicatrice.

Tel est, croyons-nous, l'aspect clinique des troubles en rapport indirect avec l'anomalie de position du gros intestin. Telle est aussi l'explication qu'on peut en donner à la lumière des acquisitions récentes sur les réactions du péritoine périspécéal.

III. — Troubles indépendants de la sinistromélie.

Dans un troisième ordre de faits, les troubles sont imputables à une autre affection du tube digestif, coexistant avec l'anomalie de position. Pour la commodité de l'exposé, nous classerons les cas suivant que cette affection digestive concomitante est lésionnelle ou fonctionnelle.

Lésionnelle : c'est à l'occasion d'un syndrome clinique net de sténose pylorique que le malade de l'observation VIII alla consulter, et qu'on lui découvrit aux rayons X, outre les signes radiologiques classiques de l'ulcère pylorique, la dystopie du gros intestin, dont il ne paraissait pas très incommodé. Pourtant, à l'intervention, on a dû sectionner une adhérence, fixant le cæcum à la paroi antérieure du côlon descendant et cela confirme bien, selon nous, l'opinion que des brides péritonéales puissent exister sans provoquer de manifestations pathologiques, ces brides étant congénitales au même titre que la malformation elle-même.

Cet ancien menuisier se plaignait bien, il est vrai, de constipation opiniâtre, mais la sténose pylorique dont il était atteint, jointe au dolichocôlon qu'on lui trouva, pouvait bien expliquer ce symptôme.

Dans l'observation VI, le malade fut reconnu atteint d'un cancer d'estomac pour lequel il fut opéré. Mais au cours de l'intervention, après abla-

tion du néoplasme l'anomalie, dont il était porteur, fut une découverte, d'ailleurs bien désagréable, au moment où il fallut rétablir la continuité du tube digestif; à signaler aussi l'existence de brides péritonéales nombreuses, qui ont paru être congénitales.

Des troubles digestifs passagers, d'allure fonctionnelle, tout au moins en apparence, peuvent amener le malade au médecin. Il en est ainsi dans l'observation XIV, où la malade fit appeler son médecin, la nuit, pour une crise d'oppression et de palpitations, sans doute crise d'aérophagie, ou d'aérocolie paroxystique. L'examen radiologique, toujours utile en pareil cas, découvrit le lendemain la sinistrocôlie chez cette malade complètement remise. La banalité des symptômes qu'elle accusa et la parfaite santé dont elle jouissait témoignent de la bénignité complète de son anomalie. Il en est de même de la malade de l'observation II, que l'on examina aux rayons X pour des troubles dyspeptiques vagues et chez laquelle en plus de l'anomalie de torsion intestinale, on découvrit une très curieuse hernie diaphragmatique du côlon transverse. La malade mène une vie active sans aucun désordre digestif, ni même respiratoire. Dans l'observation IX, la malade, de constitution robuste, ne semble vraiment pas incommodée des quelques troubles digestifs vagues, qui l'ont amenée à consulter.

Nous concluerons, de l'examen de ces observa-

tions, à la bénignité évidente et relativement commune de l'anomalie, en faisant toutefois une restriction : d'une part, la riche symptomatologie clinique de la lésion acquise du tube digestif (ulcère d'estomac, cancer, etc.) pourrait bien masquer dans certains cas la discrétion des signes en rapport direct ou indirect avec l'anomalie congénitale du côlon ; d'autre part, connaissant la latence habituelle de ces derniers, il faut s'abstenir de porter un pronostic excellent, l'anomalie pouvant se compliquer brutalement d'un volvulus ou d'une invagination intestinale.

IV. — Troubles relevant d'une anomalie duodénale coexistant avec la sinistro-c lie.

Nous avons déjà insisté au chapitre d'anatomie sur la fréquence de l'association à la dystopie colique, d'une anomalie de forme et de position du duodénum. L'intérêt anatomique de cette remarque se double d'un intérêt clinique, la malformation duodénale étant susceptible de provoquer des troubles qu'on serait tenté d'imputer par erreur à l'anomalie de position du côlon.

Ainsi, dans l'observation XI, c'est bien au duodénum totalement mobile qu'on doit attribuer la symptomatologie de faux ulcère gastroduodénal, qui avait fait adresser la malade au radiologiste : crises douloureuses épigastriques,    horaire tardif (2 à 4 h.), s'accompagnant de renvois acides ; par-

fois faim douloureuse, calmée par l'ingestion d'aliments.

Quant à l'anomalie côlique, aucun trouble ne pourrait vraisemblablement lui être attribué.

Dans l'observation I, il s'agit d'une malade, âgée de 52 ans, qui vint consulter pour des manifestations digestives d'une certaine gravité : douleurs violentes après les repas, durant de 2 à 12 heures, à l'épigastre et dans l'hypocondre droit, vomissements alimentaires, anorexie, teint jaunâtre et pâle, langue saburrale, amaigrissement considérable. Ce syndrome clinique, joint à un syndrome radiologique : déviation duodénale, arrêt du transit, avait orienté le diagnostic vers la cholécystite. On opère. Or l'intervention, non seulement ne montra pas de cholécystite, mais encore aucune autre lésion, sauf un duodénum mobile, coexistant avec une sinistrocôlie et quelques adhérences iléo-coliques. On sectionne ces adhérences et la malade sort de l'hôpital 8 jours après, apparemment guérie.

Cette très intéressante observation mérite d'être discutée.

D'une part, nous ne saurions imputer à quelques adhérences péritonéales la riche symptomatologie présentée ; d'autre part, le recul de huit jours que donnent les auteurs comme critérium de guérison nous paraît vraiment court.

Reprenons les symptômes :

a) Radiologiquement, il s'agissait d'une anomalie

de position du duodénum. 1^o Le duodénum donnait l'image du duodénum mobile ;

2^o Son transit était très ralenti.

b) Anatomiquement, l'intervention prouva la mobilité duodénale, mais il n'est pas précisé si cette mobilité était totale ou partielle.

c) Cliniquement, deux symptômes sont à considérer :

1^o Les douleurs épigastriques, post-prandiales, durables ;

2^o L'ictère de la malade.

Or cette symptomatologie de fausse lithiase biliaire n'est-elle pas celle que l'on a assignée récemment au duodénum mobile dans sa variété partielle ?

Nous pensons donc que cette observation concerne une anomalie du gros intestin, elle-même sans expression clinique, coexistant avec un duodénum mobile dans sa variété partielle.

Ce serait sortir des limites de notre sujet, que d'insister trop longuement sur cette pathologie encore toute nouvelle du duodénum mobile. Qu'on nous permette d'ajouter une simple remarque :

Il faut bien savoir que dans bien des cas, l'anomalie duodénale ne donne pas plus de troubles que la dystopie colique. Pourvu que le déplacement du duodénum ne provoque aucune sténose canaliculaire il n'en résultera aucune gêne d'évacuation digestive, et de là aucun syndrome morbide.

Quant à l'inversion duodénale, qui a été notée

dans les observations IX et XIV, il semble qu'elle soit parfaitement tolérée. Dans l'observation IX, en particulier, non seulement l'examen radiologique ne révéla aucune stase duodénale, mais un transit au contraire exagéré, et de tout le tube digestif.

En résumé, nous dirons :

1^o Que s'il existe un syndrome en rapport direct avec la sinistroposition du gros intestin, ce doit être rare. Le seul cas où l'on pouvait discuter cette éventualité, n'apporte pas selon nous toutes les preuves désirables. Ce syndrome serait d'ailleurs bien pauvre et s'apparenterait à celui de la stase intestinale chronique : constipation simple indolente et primitive. Il n'est nullement caractéristique de l'affection. Tout au plus sa constatation, peut-elle faire songer à une anomalie du gros intestin.

Dans d'autres cas, la dystopie côlique jusque-là muette, emprunte brusquement la symptomatologie de l'occlusion intestinale.

2^o Plus souvent, dans un tiers des cas environ (5 fois sur 14), il existe un syndrome en rapport indirect avec la sinistroposition du gros intestin, celui de la périviscérite. La malformation, par l'intermédiaire de causes encore obscures, mais certaines, jouerait vis-à-vis du syndrome de la périviscérite un rôle particulièrement prédisposant. Ce syndrome est là encore non caractéristique de l'anomalie. Mais quand on découvre une sinistrocôlie, s'il y a des douleurs abdominales plus ou moins intenses, voire des signes d'imprégnation toxique

général (amaigrissement, fièvre), et en particulier d'imprégnation nerveuse (céphalée, nervosité, agitation convulsive) on ne doit pas hésiter à porter le diagnostic de périviscérite, diagnostic souvent délicat dans d'autres circonstances, en raison de la pauvreté symptomatique habituelle d'une telle lésion.

3° Très souvent — dans plus de la moitié des cas (8 fois sur 14) — la dystopie cœlique doit être sans expression clinique ; s'il existe des manifestations morbides, ce n'est pas l'anomalie cœlique qu'il faut accuser, mais une autre affection digestive coexistante, ou bien une anomalie de position duodénale.

Le pronostic éloigné doit être néanmoins réservé, nous ne possédons encore aucun élément sûr d'appréciation.

RADIOLOGIE

C'est le plus souvent pour élucider un syndrome de douleurs abdominales que l'examen radiologique est demandé. Soit qu'il s'agisse d'un point douloureux nettement localisé à l'épigastre ou à la fosse iliaque droite, soit au contraire de douleurs vagues sans localisation nette.

Le radiologiste, orienté vers l'hypothèse d'une affection gastrique ou d'une appendicite commence donc son examen suivant la technique habituelle en ayant recours au repas opaque. On sait que le mode d'observation idéale est celui qui consiste à suivre la progression d'un seul repas opaque par des examens effectués à des intervalles rapprochés. C'est la méthode dite du repas unique (1).

1. On a recours aussi parfois à la méthode des repas multiples. On fait ingérer au malade un repas opaque un certain temps avant l'examen, six heures, et parfois aussi 12 heures avant. On peut explorer ainsi l'intestin dès la première séance et on est renseigné sur le transit. Lorsqu'il existe une sinistrotocolie, elle se révèle aussitôt par la position même du caeco-ascendant dans la fosse iliaque gauche. Toutefois lorsque le transit ilial n'est pas encore terminé la superposition des ombres ainsi observée est souvent difficile à interpréter et il sera nécessaire de revoir le malade à plusieurs reprises, comme dans la méthode du repas unique, pour bien se rendre compte de la position exacte du grêle et du côlon.

Au cours de la première séance d'examen, le malade ingère la substance opaque et le radiologiste explore aussitôt l'estomac. Il sera possible de soupçonner l'existence de l'anomalie de position de l'intestin dès cette première séance. En effet, normalement dès que l'évacuation gastrique est commencée, c'est-à-dire au bout de quelques minutes on observe le passage de la substance opaque à travers le duodénum, et les premières anses jéjunales se dessinent au-dessous et à gauche de l'estomac. Lorsque le radiologiste note l'existence d'une anomalie duodénale, telle qu'inversion ou duodénum mobile, et voit la substance opaque s'accumuler dans la partie droite de l'abdomen, il doit soupçonner l'existence d'une dextroposition du grêle avec sinistrocôlie. Celle-ci se confirmera au cours des séances d'examen que l'on pratiquera ensuite à intervalles assez rapprochées pour suivre de près le transit. Le premier aura lieu trois heures environ après l'ingestion de la substance opaque et permettra d'observer l'iléon et le bas fond caecal, on constatera que celui-ci est situé au-dessus et à gauche du pubis dans la fosse iliaque gauche. Un examen pratiqué deux heures plus tard permettra souvent de voir tout le cæco-ascendant et de constater que celui-ci monte verticalement vers l'hypocondre gauche. Un troisième examen pratiqué trois heures plus tard fournira dans les cas favorables une vue d'ensemble de la presque totalité du gros intestin, caeco-ascendant, transverse, souvent réduit de

longueur et formant une boucle un peu au-dessous de l'angle splénique, le descendant occupant sa place normale dans l'hypocondre ou le flanc gauche.

Mais l'étude du transit n'est pas toujours aussi facile, soit qu'il y ait accélération, soit surtout qu'il y ait retard dans la progression de la substance opaque. L'horaire des examens sera alors assez difficile à déterminer. Parfois aussi la substance opaque se fragmente et il est impossible d'obtenir une vue d'ensemble satisfaisante du gros intestin. Il sera dès lors nécessaire d'avoir recours au lavement opaque. Celui-ci d'ailleurs est indispensable, pour l'étude du côlon terminal (rectum, anse sigmoïde, descendant).

Lavement opaque.

Comme c'est la règle, avant toute exploration de l'intestin par lavement opaque, il est nécessaire qu'une évacuation préalable complète du gros intestin ait été obtenue. Pour réaliser celle-ci un lavement évacuateur ordinaire suffit.

Aucune autre préparation du malade n'est nécessaire. Celui-ci s'étendra sur la table d'examen dans le décubitus dorsal. La pénétration du lavement sera suivie d'une façon très attentive par le radiologiste qui verra se remplir successivement l'ampoule rectale et l'anse sigmoïde qui décrit une boucle plus ou moins accentuée suivant qu'il s'agit d'une

anse courte ou d'une anse longue ; puis le descendant se remplit à son tour, se dilate et l'angle splénique se dessine à sa place habituelle. Jusque-là tout est donc normal ; mais au lieu de voir le transverse se séparer nettement du descendant pour se diriger vers la droite, le radiologiste constate que le côlon descend soit directement, soit en décrivant plusieurs boucles ; mais dans un cas comme dans l'autre il est accolé au descendant. Bientôt l'observation devient plus difficile car l'ombre du cæcum se superpose à celle de l'anse sigmoïde et du rectum. L'inconvénient n'est pas considérable car cette première portion du côlon a été vue nettement, en général, au cours de l'examen par repas opaque. Ainsi les deux méthodes se complètent mutuellement ; le repas met en évidence les anomalies duodénales et la dextroposition du grêle ; il permet une bonne exploration du cæcum et renseigne sur les modalités du transit retardé ou accéléré. Le lavement opaque fournit une vue d'ensemble de tout le gros intestin qui apparaît situé en totalité dans la moitié gauche de l'abdomen. Le trajet du côlon est variable suivant les cas : parfois il semble réduit à deux branches formant un V renversé dont le sommet se trouve être l'angle splénique ; dans d'autres cas on peut retrouver les différents segments du gros intestin : ascendant, transverse, descendant, mais ceux-ci sont accolés les uns contre les autres, le transverse formant une boucle entre l'ascendant et le descendant.

Ajoutons qu'il faut rechercher soigneusement la mobilité des divers segments de l'intestin, soit par l'examen en divers positions et notamment dans le décubitus latéral droit ou gauche, soit par la palpation sous l'écran.

TRAITEMENT

En présence d'une sinistrocôlie qui a été constatée aux rayons X et en cas de manifestations morbides en rapports directs ou indirects avec la malformation, quel traitement proposer ?

Dans l'observation X où un syndrome de stase intestinale chronique s'associait à un syndrome de périviscérite subaiguë, Bergeret fit selon une technique personnelle une côlectomie droite avec iléo-transversostomie termino-terminale et conservation de la valvule de Bauhin. Le résultat fut particulièrement satisfaisant dans un cas où seule la gravité des phénomènes généraux avait posé l'indication opératoire. Le transit colique d'une durée de quatre jours se fait en 6 heures après l'intervention.

Dans l'observation VIII, Stolz, après avoir obvié à la sténose ulcéreuse du bulbe duodénal par une anastomose entre la première anse grêle et l'antrum pylorique, sectionne une adhérence cæcocolique ; dans l'observation I il sectionne des adhérences qui unissent le côlon descendant aux anses grêles. Comme nous l'avons vu, il est difficile de conclure sur l'efficacité de ces sections d'adhérences qui

auraient pour but de supprimer des angulations ou boucles supplémentaires du côlon.

Dans l'observation VII, Appelmans dans une première intervention réalise artificiellement la rotation qui ne s'est pas opérée pendant la vie embryonnaire ; mais son malade ne guérit définitivement qu'après résection du côlon descendant et suture termino-terminale : il y avait un volvulus du côlon descendant.

L'anastomose colo-colique peut également se trouver indiquée pour supprimer une boucle supplémentaire du gros intestin. Il en fut ainsi dans le cas de dystopie colique rapportée par Ombredanne (1) et dans lequel le côlon transversal, en rétroposition, formait une boucle lâche entourant l'artère mésentérique. Les douleurs coliques et la constipation, qui lui étaient imputables, ont paru cesser complètement après cette intervention.

Mais il est à craindre, comme l'ont montré les travaux de Delbet et Pauchet, que la suppression d'une partie du côlon dans le traitement de la stase intestinale ne donne lieu à une amélioration qui ne soit que très passagère, en raison de l'adaptation de la partie terminale de l'iléon à la fonction physiologique du gros intestin. Par conséquent le traitement

1. Ombredanne. Troubles digestifs graves chez une jeune fille de quinze ans en relation avec des malformations portant sur le duodénum et le côlon droit (anomalie de torsion de l'anse intestinale primitive). Gastro-Jéjunostomie antérieure. Colo-colotomie sur le côlon transverse. Colopexie du côlon droit. *Société de chirurgie*, mars 1930.

de la dystopie colique par une colectomie ou une anastome côlocolique ne se trouve indiqué que sous toute réserve. Quant à la section des adhérences en cas de périviscérite adhésive, il est bien à craindre qu'elle ne soit illusoire et que d'autres adhérences ne remplacent au bout d'un certain temps celles qu'on a supprimées. Par contre, en cas de complications brutales (occlusion par volvulus, invagination iléocæcale), ou quand la gravité des symptômes fait redouter une issue fatale, il semble qu'on soit autorisé à intervenir.

En dehors de ces indications opératoires, il semble qu'il faille se contenter d'un traitement purement médical et symptomatique.

On calmera les douleurs de la périviscérite par les agents physiothérapiques en usage : Diathermie, infra-rouges... ; on luttera contre l'infection intestinale et les résorptions toxiques par les prescriptions diététiques et médicamenteuses habituellement préconisées : suppression des aliments putrescibles, administration d'antiseptiques intestinaux..., de ferments lactiques.

Dans certains cas le malade pourra bénéficier d'une cure hydrominérale (Plombières, Nérès, Chatelguyon).

OBSERVATIONS

Observation I (Stolz)

1^o Agathe H..., mariée, âgée de 52 ans, présente des antécédents familiaux et personnels peu chargés ; réglée depuis l'âge de 17 ans, elle a eu ses époques d'une façon très régulière et n'a présenté jusqu'à ce jour aucun phénomène de ménopause. Depuis l'automne 1923, la malade se plaint d'un ballonnement de l'abdomen et ressent depuis fin décembre de la même année des douleurs qu'elle localise dans le creux épigastrique et dans l'hypocondre droit. Ces douleurs, d'une durée variable de deux à douze heures, surviennent une à deux heures après le repas et d'une façon moins définie au moment du réveil. Elle présente également des vomissements, contenant des matières alimentaires. La malade, ayant fortement maigri depuis l'apparition des symptômes gastriques, manque d'appétit, mais n'éprouve pas de dégoût pour certains aliments. Adressée à la clinique médicale B. pour un examen radioscopique, elle est transférée aussitôt à la clinique chirurgicale B. pour y subir une opération.

2^o *Examen clinique.* — La malade est une femme de taille moyenne, dans un état de dénutrition médiocre et paraissant très amaigrie. Les téguments présentent un teint jau-

nâtre et pâle. La malade, d'apparence nerveuse, s'agite facilement. Le facies montre des traits tirés et amaigris. La cavité buccale présente une dentition fort défectueuse, une langue sèche et chargée d'un enduit blanchâtre. La paroi abdominale est bien développée et ne permet que bien difficilement une exploration profonde. A la palpation, la malade accuse des douleurs dans l'épigastre et dans les deux hypocondres ainsi que dans la région paraombilicale. Le foie ne dépasse pas le rebord costal droit,

Du rapport du radiologiste, nous extrayons les détails suivants : L'estomac se trouve dans un état d'excitation, la partie pylorique est étirée et allongée et siège trop sur la droite. A certains endroits de l'antrum pylorique, des contractions spasmodiques se manifestent de temps en temps, mais il n'existe pas de signes d'infiltration néoplasique des parois. L'évacuation de l'estomac est légèrement retardée, car ce n'est que trois heures et demie après les repas que l'estomac est vide.

Le duodénum présente une disposition très anormale : la troisième portion, au lieu de se porter à gauche, reste du côté droit et en haut. Le transit de la bouillie à travers le canal duodénal est très ralenti et marque ainsi un certain état de stase. Les premières anses grêles, ne se trouvent pas à leur emplacement habituel (à gauche), mais occupent le côté droit de la cavité péritonéale. Dans la région ombilicale et sous-ombilicale, le passage de la bouillie est très retardée et y laisse reconnaître une conglomération des anses de l'iléon. Cinq heures après le repas, la bouillie barytée n'a pas encore atteint le gros intestin. Le gros intestin ne se remplissant de baryum que très tardivement

à la suite de la stase de l'intestin grêle, n'a pu être examiné. Le radiologiste pense à une cholécystite.

3^o L'opération a eu lieu le 15 avril 1924. La cavité péritonéale est ouverte par une incision médiane sus-ombilicale. A l'exploration des viscères abdominaux on reconnaît l'existence d'un mésentère commun à l'intestin grêle et au gros intestin. Un mésoduodénum qui rend le duodénum mobile, se continue avec le mésentère. Le duodénum sinueux est à la droite de la ligne médiane. Le cæcum et le secteur initial du côlon flottent librement dans la cavité abdominale, près de l'ombilic, et se trouvent suspendus à leurs mésos qui communiquent sans aucune limite avec le mésentère. Des adhérences qui unissent le côlon descendant, normalement situé avec les anses grêles sont sectionnées. Les autres parties du tube digestif sont trouvées indemnes de toute lésion.

La paroi abdominale est suturée plan par plan. Après une huitaine, la malade rétablie et ne se plaignant plus, quitte la clinique.

Observation II (résumée). — Pierre Mocquot et G. Détré,

La malade, âgée de 47 ans, éprouvait depuis une dizaine d'années une certaine gêne abdominale et remarquait que son ventre devenait peu à peu très volumineux. Il y a deux ans environ, alarmée par quelques vagues troubles digestifs, elle alla trouver un radiologiste, qui, faisant l'examen de l'estomac et de l'intestin, découvrit une hernie diaphragmatique, mais constata aussi l'existence d'un fibrome volumineux. Après une cinquantaine de séances de radio-

thérapie les règles, jusque-là régulières, furent arrêtées ; la malade n'eut plus aucune perte ; cependant le fibrome continua à croître et provoqua des troubles urinaires et circulatoires. Mais là n'est pas le fait intéressant. La malade nous montrait en effet une radiographie, faite depuis deux ans, sur laquelle on voyait des anses intestinales remplies de baryte dans la plèvre droite. Or, il était impossible de déceler aucun trouble attribuable à cette hernie diaphragmatique. La malade n'accusait aucun désordre digestif ni respiratoire. Malgré sa forte constitution elle voyageait et menait une vie très active.

Un nouvel examen radiologique a été pratiqué les 20 et 21 octobre 1924 et a vérifié le diagnostic d'hernie diaphragmatique. Un lavement baryté de 1 l. 1/2 fut en outre administré, et on vit que l'angle formé par le bord droit du cœur et le diaphragme était occupé par une anse intestinale volumineuse, qui, depuis le rachis, montait obliquement à droite et en haut dans le sinus diaphragmatique décrit, se recourbait dans le champ pulmonaire droit, passait derrière le cœur et redescendait sur le bord gauche du rachis pour se raccorder par une portion étroite avec ce qui paraissait être le côlon ascendant et le cæcum, situés à gauche sous l'estomac.

D'après les auteurs, il s'agirait d'un arrêt dans l'évolution du gros intestin avec transposition et d'une hernie diaphragmatique du côlon transverse, dont l'orifice paraîtrait répondre aux piliers.

Observation III (résumée). — René Gilbert.

Ce cas intéresse un homme de 40 ans, typographe, qui a été examiné aux rayons X pour des troubles de la digestion. Le repas opaque fut donné à jeun sous contrôle radiosco-



FIG. 5 — Observation III.
Lavement opaque.

pique en station verticale. Le remplissage est normal. Puis on examine le malade en décubitus dorsal et ventral. Les premières ondes péristaltiques sont de faible amplitude et le bulbe duodénal tarde à se dessiner. Après quelques instants d'attente, on constate qu'une certaine quantité de bouillie, qui vient de franchir le pylore, dessine des méandres dans le flanc droit. La totalité du duodénum et des premières anses jéjunales est à droite de la ligne médiane. Par une série de contrôles radiographiques on observe

outre la dextroposition des anses duodéno-jéjuno-iléales, la position médiane du cæco-ascendant, le côlon gauche étant à sa place. L'appendice vermiforme est, en projection, au voisinage et à droite de l'épine du pubis ; son insertion au cæcum est orientée vers la ligne médiane. Par des examens en décubitus latéraux on ne peut provoquer aucun déplacement de ces organes. On a terminé l'examen par l'administration d'un lavement opaque. Le cæcum se trouvait en avant du sigmoïde ; de là, le côlon formait une boucle qui atteint le bord costal droit, se rejette ensuite vers le flanc gauche pour rejoindre après une nouvelle boucle l'angle splénique normal.

Observation IV. — M. P. Weil et G. Détré.

Il s'agit d'un jeune homme de 31 ans, d'une constitution nerveuse et émotive véritablement pathologique, agité médiocrement intelligent, bien qu'appartenant à un milieu cultivé, non syphilitique héréditaire, autant du moins qu'une minutieuse enquête, tant individuelle que familiale, permet de l'affirmer, né à terme, dont le développement général fut relativement satisfaisant, qui était venu consulter pour des manifestations abdominales douloureuses, procédant par crises subaiguës depuis de nombreuses années. Ces crises ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de troubles digestifs : pas de nausées, pas de vomissements ; les fonctions intestinales se font normalement. L'abdomen est souple, mais la palpation en est sensible. La douleur est diffuse et occupe toute la région intestinale ; la palpation permet de reconnaître certains points douloureux, tout par-

ticulièrement au niveau de la fosse iliaque gauche, de la fosse iliaque droite, et surtout d'une région para-médiane, située approximativement à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen d'une ligne verticale ombilicopubienne. L'examen radioscopique montra que cette région correspondait à la zone appendiculo-cæcale. Cet examen de l'intestin, pratiqué une première fois après ingestion de baryte et une seconde fois, après lavement baryté, révéla en effet que toute la masse de l'intestin grêle était à droite de la ligne médiane, toute la masse du gros intestin était au contraire à gauche de cette ligne, les portions ascendante et descendante du côlon se montrant accolées en canon de fusil ; la plus grande partie du côlon descendant était massée dans le pelvis, au contact du côlon sigmoïdien dont la palpation profonde arrivait cependant à le dissocier. Les anses grêles, ainsi que le gros intestin sont facilement mobilisables ; cependant il n'est pas possible de refouler le gros intestin à droite de la ligne médiane, pas plus que de refouler à gauche les anses grêles. Par contre, la mobilité de celles-ci est assez grande pour qu'il soit facile de grouper en quelque point que ce soit de la moitié droite de l'abdomen, la totalité des anses grêles, et de faire ainsi que cette moitié de la cavité abdominale paraisse complètement inhabitée. L'estomac, le duodénum avaient une morphologie normale, le transit baryté s'y faisait de manière parfaite.

Le maximum de la douleur s'étant montré constamment localisé, au niveau de l'insertion appendiculaire, et apparaissant incontestablement mobile avec le cæcum, nous avons conseillé l'appendicectomie.

L'intervention confirme entièrement les données radiolo-

giques. Toute la masse de l'intestin grêle apparut à droite de la colonne vertébrale, le gros intestin étant en totalité à gauche de la ligne médiane. Le gros intestin est flottant, sauf le côlon descendant et l'anse sigmoïde qui sont fixés à la paroi postérieure. Des brides fibreuses minces et transparentes très nombreuses, réunissent le cæcum et le côlon ascendant au côlon descendant et au côlon sigmoïde : il y a une sorte de mésentérite rétractile. Le cæcum et le côlon ascendant sont dilatés. L'appendice, inséré en position normale, non adhérent, est court, sclérosé, nettement atteint de lésions d'appendicite chronique.

Observations V et VI.

A l'occasion de ces observations, M. Baumgartner cite deux cas de sinistrocolie : le premier cas a été une erreur de diagnostic, le malade a été opéré pour appendicite et son observation publiée en 1913 au Congrès de chirurgie. Le deuxième cas est plus récent. C'est un malade atteint de cancer de l'estomac pour lequel l'intervention fut pratiquée.

La tumeur était adhérente au pancréas et de nombreuses adhérences duodénojéjunales furent relevées. La gastrectomie fut pratiquée. Quand il fallut rétablir la continuité du tube digestif, on s'aperçut que tout le grêle se trouvait à droite et le gros intestin refoulé sur la gauche. On ne put faire qu'une gastroentérostomie antérieure et avec une grande difficulté. Le septième jour de l'opération, il se produisit une fistule au niveau de l'abouchement qui détermina l'issue fatale.

Observation VII. — Appelmans.

V... Egide, 23, marié.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Le malade a présenté des symptômes d'appendicite en 1921 et en 1922. Il a subi l'appendicectomie à l'hôpital militaire d'Anvers, le 7 février 1923 ; il a séjourné 2 mois à l'hôpital, la plaie ayant suppuré.

Affection actuelle. — En septembre 1923, neuf mois après son opération, le malade est brusquement pris de crises convulsives avec perte de connaissance. Pas d'émission spontanée d'urines, ni de selles, pas de morsure de la langue, ni d'écume à la bouche. Pas de douleur. La crise a duré une heure. Cinq mois plus tard une crise identique : cette fois un médecin, appelé d'urgence, a constaté une tuméfaction assez bien marquée au niveau de la fosse iliaque droite.

Pendant cinq à six mois le malade a présenté des crises semblables, 3 à 4 fois par semaine, la durée variant d'un quart d'heure à une heure. Le malade prenait un purgatif chaque semaine et présentait irrégulièrement entre ces crises, de la diarrhée (4 à 5 selles par jour).

Depuis juin 1925 les crises se répétaient jusqu'en septembre 1925. A ce moment, le malade entre à l'hôpital ; il présente plusieurs crises semblables aux précédentes pendant son séjour. L'examen clinique est complètement négatif, un peu de douleur au point de Marc Burney. Ces crises s'accompagnent de gonflement au niveau de la fosse iliaque droite. Le malade est envoyé dans le service de chirurgie,

afin de vérifier s'il n'existe pas de bride au niveau du cæcum.

Intervention. — On excise l'ancienne cicatrice le long du bord externe du muscle grand droit. A l'ouverture du péritoine, on est frappé de ne pas trouver le cæcum dans la fosse iliaque droite. En explorant tout le côté droit de l'abdomen on constate qu'il est occupé exclusivement par le grêle. Après avoir élargi l'incision, on remarque que tout le gros intestin, côlon ascendant, transverse et descendant, est refoulé dans la moitié gauche de l'abdomen. Le cæcum est un peu dilaté et présente une cicatrice d'appendicectomie. Le côlon n'est fixé qu'au niveau de l'angle splénique. Le méso est commun au grêle et au côlon. On fait glisser tout l'intestin grêle au-dessous du côlon ascendant et transverse afin de réaliser la rotation, qui ne s'est pas opérée pendant la vie embryonnaire, puis on fixe par plusieurs points l'angle hépatique du côlon et sa portion ascendante. Les suites opératoires sont simples et le malade quitte l'hôpital 14 jours plus tard. Le 16 novembre 1925 (six semaines après son opération) il ressent brusquement une douleur violente dans la fosse iliaque gauche d'abord, puis dans tout le ventre. Pas de perte de connaissance, cette fois. Une injection de morphine calme les douleurs. Le malade est directement renvoyé à l'hôpital, le lendemain il est remis. Une radiographie du gros intestin montre que le côlon ascendant est à sa place normale ; la fixation de l'angle hépatique s'est donc maintenue. Mais on remarque une dolichocôlie au niveau du côlon descendant avec volvulus. Celui-ci est probablement la cause de toutes les crises. Le malade présentant une bronchite, l'opération fut remise au 13 janvier 1926 ; incision oblique dans la fosse

iliaque gauche et le flanc gauche. A l'ouverture de l'abdomen on trouve le côlon descendant fortement allongé, formant un volvulus. On résèque un segment du côlon descendant (25 cm.) et on pratique la suture termino-terminale. Le malade quitte le service quinze jours plus tard et se porte très bien depuis lors.

Osbervation VIII. — Hecker. Grünwald et Kühlmann.

1^o *Antécédents.* — Le malade H... Henri, ancien menuisier, âgé de 44 ans, est invalide. Il nous fournit les antécédents suivants : Ses parents sont bien portants, quatre frères et sœurs sont en bonne santé, une sœur est morte en couches et deux frères sont morts en bas-âge. Outre une pneumonie, lui-même n'a jamais été malade dans son enfance. En 1902, pendant son service militaire qu'il a fait en Chine, il aurait été victime d'une insolation, dont il donne une description vague et imprécise. Après une perte de connaissance, une parésie unilatérale qui existe encore aujourd'hui, se serait installée.

Sur ses troubles digestifs, le malade donne les renseignements suivants : depuis son accident, il se plaint essentiellement d'une constipation opiniâtre. Il ne va à la selle que tous les six ou huit jours et depuis décembre 1925, une douleur vive et transfixante dans la région épigastrique est apparue et survient deux à trois heures après les repas. Après un vomissement alimentaire environ quatre heures après le repas, le malade se sent soulagé comme par enchantement. Les vomissements n'ont jamais contenu du sang. Les selles n'ont pas été colorées en noir.

Examen clinique. — C'est un homme de taille moyenne, d'une constitution robuste, bien nourri et n'ayant pas l'air amaigri, bien qu'il affirme avoir perdu beaucoup de son poids les derniers temps. Il présente des symptômes d'hémiplégie droite. Toutefois le signe de Babinski est positif bilatéralement, tandis que les réflexes tendineux sont exagérés surtout à droite. Pour examiner l'estomac au point de vue fonctionnel, on pratique à jeun le tubage de l'estomac et on retire 600 cmc. de liquide de coloration café au lait, contenant de l'acide libre et des traces de sang (Weber +).

La valeur diagnostique de la présence de sang dans les selles est infidèle à cause de l'existence d'hémorroïdes internes. Après le repas d'épreuve d'Ewald, on constate une hyperchlorhydrie et le malade est mis à la diète lactofari-neuse.

Examen radiographique. — L'estomac présente une forme normale, une légère dilatation et de vives contractions péristaltiques. Malgré ces efforts péristaltiques, l'estomac ne parvient à se vider que lentement, dix heures après l'ingestion de la bouillie barytée. En examinant le passage de la bouillie dans le gros intestin, on s'aperçoit que le cæcum siège à gauche et que la bouillie barytée prend au niveau de la dernière anse de l'iléon une direction de droite à gauche pour atteindre le cæcum qui est situé dans le flanc gauche. En présence de la situation gauche du cæcum, on vérifie s'il ne s'agit pas d'un situs inversus. Or, le cœur, la crosse aortique, l'estomac, le foie se trouvent dans une situation normale. Sur une plaque prise au cours du passage de la bouillie par le gros intestin, on observe un cæcum situé au milieu du flanc gauche, son fond orienté à gauche,

l'appendice dirigé vers le bas. Les parties du côlon appartenant aux côlons ascendant et transverse décrivent une vaste boucle qui avec son sommet bouche et dépasse un peu vers la droite la ligne médiane, puis se recourbe à la hauteur du disque intervertébral entre la première et la deuxième vertèbre lombaire d'abord vers la gauche pour remonter ensuite vers l'angle splénique, qui se trouve dans une situation apparemment normale. Le 25 février, un nouvel examen après lavement opaque confirme la description de la situation du gros intestin jusqu'à l'angle splénique. Le côlon descendant est droit, dirigé vers le bas et se continue dans un côlon sigmoïde normal. Le cæcum et toute la partie initiale du gros intestin se trouvent dans un plan antérieur par rapport au côlon descendant.

En face d'un ulcère pylorique sténosant cliniquement confirmé, on conseille l'intervention qui, après un refus, est acceptée trois mois plus tard.

Opération. — Laparotomie médiane sus-ombilicale, prolongée au cours de l'intervention par une incision latérale à gauche et au-dessous de l'ombilic. L'estomac est de forme et situation normales. Au niveau du bulbe duodénal, à un centimètre et demi environ en aval du pylore on observe une stricture du duodénum qui indique un ulcère cicatrisé. Immédiatement au dessous de ce rétrécissement pathologique, le duodénum est accolé à la paroi abdominale postérieure et décrit une boucle vers la droite, dont la branche inférieure, longue à peine de 5 cm., n'atteint pas la ligne médiane. La concavité de cette boucle comprend la tête du pancréas. Le cholédoque paraît s'acheminer derrière la branche supérieure de la boucle duodénale. L'ensemble du

duodénum présente un diapason à branches courtes, dirigées à gauche.

L'endroit à partir duquel l'intestin grêle se détache de la paroi abdominale postérieure, pour se mettre en rapport avec un méso, est à considérer comme l'angle duodénojéjunal. Ce dernier siège à quelques centimètres à droite de la ligne médiane. La racine du mésentère et l'artère mésentérique restent en dedans du duodénum. Les premières anses jéjunales demeurent à droite, au lieu d'être à gauche du pédicule mésentérique, et la partie terminale de l'iléon se trouve à gauche au lieu d'être à droite.

L'aspect du gros intestin *in situ* correspond exactement à ce qu'on a vu sur la plaque radiographique. Le cæcum était fixé par une adhérence à la paroi antérieure du côlon descendant. L'iléon, dirigé de droite à gauche, s'abouche dans le cæcum à sa paroi postéro-inférieure. L'appendice pend au-dessous du cæcum incurvé avec son extrémité vers le plan médian. Le mésoappendice oriente son bord libre vers en dedans; l'artère appendiculaire passe en avant de l'iléon, pour en distribuer ses branches à l'appendice.

On procède à l'appendicectomie et à la section de l'adhérence cæco-colique ci-dessus décrite.

La perte du côlon qui fait suite au cæcum, est dirigé vers le côté interne et donne suite à une boucle angulée de presque 20°, dont le sommet touche la ligne médiane. La branche supérieure de cette boucle ramène le côlon vers la droite et en avant du côlon descendant. A ce niveau une nouvelle angulation de 90° dirige le côlon vers le haut et l'hypocondre gauche. Sur ce dernier parcours, il se trouve légèrement à droite et dans un plan antérieur par rapport au côlon descen-

dant, auquel il est juxtaposé dans une position parallèle. L'angle splénique siège à un niveau normal et a ses rapports habituels. Le reste du gros intestin ne présente aucune anomalie de position, toutefois le sigmoïde est d'une longueur augmentée.

Le grand épiploon qui est très court, s'étend entre la grande courbure de l'estomac et la branche supérieure de la première boucle et la portion initiale de la deuxième angulation. Ce grand épiploon se caractérise par une absence de toute soudure entre ses deux feuillets constitutifs, de sorte que le sac épiploïque embryonnaire persiste. D'autre part, sa face postérieure adhère aux parties du gros intestin, qu'il recouvre.

Pour obvier à la sténose du bulbe duodénal, on pratique une anastomose entre la première anse grêle et l'antra pylorique.

Le malade guérit sans incident et se lève le quinzième jour. Alors que la constipation avait persisté jusqu'à ce jour, le malade va désormais régulièrement et journellement à la selle sans purgation et sans lavement.

Observation IX (résumée). — Vasselle.

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années, qui vint consulter pour des troubles digestifs légers : pesanteurs postprandiales, douleurs vagues abdominales. Elle est de constitution robuste, mais de tempérament très émotif. Outre la transposition du gros intestin à gauche de la ligne médiane, et la dextroposition du grêle, l'examen radiologique révèle une inversion duodénale. Les troubles digestifs légers

dont se plaignait la malade, n'ont pas paru relever de l'anomalie constatée. Il y a lieu de noter, toutefois, la rapidité du transit intestinal ; un repas opaque, ingéré à onze heures du matin était déjà, pour moitié, dans l'anse sigmoïde six heures plus tard.



FIG. 6. — Observation IX. Repas opaque.

Observation X (rapportée par Bergeret).

Brouet et Caroli.

Maurice P..., manutentionnaire, âgé de 17 ans et demi, entre le 17 août 1929 dans le service du professeur Hartmann, pour une crise abdominale douloureuse. Il avait

déjà été hospitalisé le 1^{er} janvier 1929 pour une crise analogue. Le diagnostic d'entrée avait été celui d'appendicite, mais le siège variable et atypique de la douleur incita à pratiquer un examen radioscopique qui fit découvrir une ectopie du grêle et du gros intestin. Un deuxième examen sous l'écran permit de préciser le détail de cette anomalie. L'estomac apparaît normal dans sa forme et son fonctionnement. Il en va ainsi pour le bulbe duodénal, le genu supérieus et la deuxième portion du duodénum. Mais la configuration normale s'arrête à la partie inférieure de D₂. Il n'existe, en effet, ni portion prévertébrale, ni portion ascendante. La bouillie barytée passe directement dans les anses grêles en décrivant cependant à l'extrémité inférieure du D₂ une courte boucle où le transit se fait dans le sens des aiguilles d'une montre.

Le transit duodénal est rapide et le calibre intestinal régulier dans ce segment.

Les anses grêles se remplissent rapidement et on n'a pas radiologiquement l'impression que leur situation soit anormale.

Il n'en est pas de même du côlon où le baryte stagne pendant plus de 4 jours. Un lavement baryté précise bien sa dystopie. L'ampoule rectale, le sigmoïde, le côlon descendant jusqu'à l'angle splénique sont en situation normale. Le transverse dans sa partie gauche, voit sa longueur augmentée d'une anse très développée dont le sommet descend jusqu'au pubis et dont les branches sont pressées contre le côlon descendant.

Quant au côlon droit, il comprend :

1° Une courte portion horizontale, dont l'extrémité droite dépasse à peine la ligne médiane ;

2° L'angle sous-hépatique qui siège dans le creux épigastrique. A son niveau, le lavement arrête pendant longtemps sa progression, et il faut augmenter la pression, ajouter de la baryte pour remplir le cæco-ascendant.

3° Celui-ci se dessine alors, couché sous la portion horizontale du transverse, de sorte que le fond du cæcum vient se coiffer dans le deuxième coude de l'anse dolichocolique ;

4° Le cæco-ascendant ectopique, coudé et horizontal, n'est dissociable du transverse que dans la station debout ;

5° On peut préciser, en outre, que les points douloureux sont répartis sur tout le pourtour du fond du cæcum et sur l'angle sous-hépatique coudé de façon aiguë.

Les différentes étapes cliniques de l'affection peuvent se résumer de la façon suivante :

a) Pendant une première phase, on note une constipation simple, opiniâtre, indolente, qui, dans la mémoire du malade, remonte aussi loin que ses plus anciens souvenirs.

b) A partir de l'âge de 13 ans, l'affection devient plus douloureuse, les troubles intestinaux plus marqués. Les douleurs, peu intenses, surviennent souvent après les repas. Leur siège est variable, surtout sous-ombilical, elles irradient à tout l'abdomen. Elles sont plus pénibles après la station debout prolongée. Le ventre est souvent ballonné. Des crises de diarrhée viennent interrompre les longues périodes de constipation.

c) Sur ce fond de troubles abdominaux sont venues se greffer, depuis le début de cette année, des crises doulou-

reuses beaucoup plus violentes, la première est survenue le 1^{er} janvier 1929, la deuxième le 10 août et a amené le malade à l'hôpital. Ces crises sont faites : de douleurs violentes, para-ombilicales et sus-ombilicales, accompagnées de vomissements et de fièvre ne dépassant pas 38°5 ; elles sont marquées aussi par de l'hyperesthésie cutanée et du ballonnement abdominal. Elles réalisent parfaitement le type de poussées subaiguës de périviscérite. Par ailleurs l'état général de ce malade est dans son ensemble très médiocre. Non seulement il s'agit d'un garçon amaigri au teint pâle, qui se plaint depuis un mois surtout d'une céphalée persistante, mais encore l'habitus montre une insuffisance générale de développement. Il mesure 1 m. 45, on note un double genu valgum.

Ni les antécédents familiaux, ni d'autres tares plus précises ne permettent cependant d'affirmer dans ce cas l'hérédo-syphilis.

Le malade est opéré le 30 août par le Dr Bergeret.

Protoxyde d'azote. Incision médiane sus et sous-ombilicale. Anomalie de position de l'intestin. La 2^e portion du duodénum se continue directement en bas sans se recourber pour passer sous la mésentérique supérieure. L'intestin grêle occupe la partie droite de l'abdomen. Le gros intestin est situé dans la partie gauche. Le côlon ascendant et la branche droite du côlon transverse sont unis l'un à l'autre par des adhérences serrées, comme pris dans un filet de péricolite. Au-dessous du côlon ascendant, le cæcum est libre et extrêmement mobile. L'iléon vient s'implanter normalement sur sa face gauche après avoir décrit une courbe au-dessous de lui. Le côlon trans-

verse dans sa moitié gauche, le côlon descendant et le côlon sigmoïde paraissent normaux. M. Bergeret fait une colectomie droite avec iléo-transversostomie termino-terminale et conservation de la valvule de Bauhin.

L'opération fut très bien supportée. L'élévation thermique ne dépassa pas 38°₂, l'état général fut toujours très satisfaisant. Le shock opératoire ne se traduisit comme habituellement en pareil cas, que par une dissociation du pouls accéléré à 130 par minute, cette dissociation persista 48 heures, M. Bergeret insiste sur le résultat très satisfaisant de la colectomie avec conservation de la valvule de Bauhin.

Observation XI.— Dillenseger.

Femme de 45 ans. Se plaint de crises douloureuses à siège épigastrique survenant par périodes, 2 à 4 heures après le repas, sans horaire précis ; s'accompagnant de renvois acides, de tiraillements, de céphalée. Parfois faim douloureuse, calmée par les aliments. Ces douleurs s'accroissent 8 jours avant les règles et pendant toute leur durée. A cette époque, les nausées et même les vomissements bilieux sont fréquents le matin à jeun.

Ses antécédents. — En 1907 un accouchement prématuré, qui aurait été occasionné par une chute ? et à la suite duquel la malade a été soignée pour salpingite double. En 1918, une crise d'entérocôlite avec ictère ; au bout de 6 mois de régime et de repos, tout rentre dans l'ordre et la santé est parfaite jusqu'en 1928, où débutent les troubles actuels.

A l'examen : poumons, cœur normaux. Foie débordant

légèrement les fausses côtes, non douloureux. Pas de point vésiculaire. Pas de Murphy. Rein droit mobile. Réflexes normaux. Le tableau clinique fait soupçonner un uleus duodénal.

Examen radiologique. — L'examen de la cage thoracique ne révèle rien d'anormal. Le foie est un peu augmenté de volume, la rate moyenne. La traversée œsophagienne est aisée. L'estomac a la forme en J, banale. L'évacuation se fait dans un délai normal. Le pylore se projette au-devant de la 3^e lombaire, il est décentré vers la gauche. Le bulbe est triangulaire, à direction verticale, à bords convexes et réguliers. La 2^e portion se dirige en bas et à droite, suivant un trajet courbe à concavité tournée vers la droite. Un coude brusque, et la 3^e portion monte parallèlement à la 2^e portion, mais à sa droite. A la hauteur du genu superior, nouvelle angulation très aiguë, et l'intestin descend verticalement le long du bord droit des 3^e et 4^e lombaires, puis devient anonyme dans le peloton des anses grêles groupées dans la fosse iliaque droite.

Outre cet aspect de duodénum inversé, on observe une mobilité duodénale complète, et la palpation, d'ailleurs assez douloureuse, « promène » littéralement le duodénum. Enfin le transit est ralenti. Comme si elle hésitait à emprunter une voie si étrange, la gélobarine stagne, et souvent revient sur ses pas. On pratique un examen couché.

En décubitus abdominal, le bulbe se projette sur le bord droit de la 12^e dorsale. Du genu superior, le duodénum descend verticalement le long du bord droit des 12^e dorsale 1^{re}, 2^e, 3^e lombaires. Son trajet n'est plus qu'une ligne droite. Le cercle duodénal est entièrement déroulé. Le grêle le

flanque à sa droite, mais aucune anse ne le déborde sur sa gauche.

La malade est revue l'après-midi, 5 h. 30 après l'ingestion du repas opaque. Le gros intestin apparaît tout entier situé à gauche de la ligne médiane. Le cæcum atteint la branche horizontale gauche du pubis. Les dernières anses iléales sont visibles à sa droite et c'est aussi à sa droite que se fait l'abouchement iléo-cæcale. L'appendice n'a pu être mis en évidence. L'ascendant est vertical et « l'angle droit » du côlon, si l'on peut vraiment l'appeler ainsi, se projette au devant de L₂ en décubitus dorsal, au devant de L₄ en position debout, mais toujours à gauche de la ligne médiane. Le transverse est en V. L'angle splénique en position normale. Le descendant n'est pas complètement rempli. Cet intestin, le côlon droit du moins, est d'une mobilité inaccoutumée. Si la malade est en position frontale rigoureuse, de cet intestin, vous ne pouvez rien discerner. Ses différents segments forment un magma indéchiffrable. Incline-t-on la malade sur son côté droit, la lecture devient facile. Cette extrême mobilité se manifeste encore au cours de fortes inspirations et dans les manœuvres de dissociation. Le lendemain, le cæco-ascendant en partie vidé, a ascensionné. Le transverse, par contre, s'est alourdi. Il forme une anse exubérante. Le côlon iliaque est lui-même très flexueux. Quelques jours, plus tard, un lavement opaque confirme la précédente description.

Observation XII (non publiée) que nous devons à l'obligeance de MM. Sourdat et Détré (résumée).

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, qui accusait, depuis deux ou trois ans, par intermittences des troubles intestinaux : douleur à droite, nausées ou vomissements, consti-



FIG. 7. — **Observation XII.** Décubitus dorsal.
Gélobarine mêlée aux trois repas ayant précédé l'examen.

pation habituelle, sans avoir jamais fait de crise franche d'appendicite. Les examens pratiqués à plusieurs reprises, n'ont jamais fait trouver de point de Mac Burney franc, ni de gâteau. C'est pour étayer un diagnostic possible d'appendicite chronique que fut demandé l'examen radiologique.

L'examen radiologique fit découvrir une transposition du gros intestin à gauche de la ligne médiane en même temps qu'une anse sigmoïde anormalement développée, mais ne permit pas de préciser où était le bord interne du cæcum et



FIG. 8. — Observation XII.
Décubitus dorsal. Lavement baryté.

s'il était douloureux. Une seule affirmation fut possible du point de vue pratique. C'est que le point douloureux de la fosse iliaque droite n'était pas appendiculaire. Le lavement baryté, précisa deux jours plus tard cette topographie anormale du gros intestin. On voit se remplir d'abord une vaste anse sigmoïde qui remonte dans l'abdomen jusqu'au niveau de L2. Au lieu de s'étaler largement, comme il est habituel

en pareil cas, elle se serre, en angle aigu, à gauche de la ligne médiane. Puis à gauche de ce double canon de fusil le côlon descendant se remplit à son tour, se dilate et l'angle splénique se dessine à sa place habituelle. Enfin un 4^e segment se remplit à droite de l'anse sigmoïde cette fois, très oblique en bas et à droite, dépassant sensiblement la ligne médiane à cause de la distension. Il représente le transverse et l'ascendant, leur angle étant presque supprimé. Le cæcum vient se superposer au rectum et à l'anse sigmoïde et ne peut être vu bien nettement. Après injection d'un litre et demi au moins de liquide opaque on a l'image de quatre gros boudins juxtaposés de droite à gauche et laissant la fosse iliaque droite transparente. On peut dire aussi qu'il y a deux angles inscrits l'un dans l'autre, celui de l'anse sigmoïde à l'intérieur, celui des côlons à l'extérieur.

L'observation de cette malade relève bien d'une torsion incomplète de l'intestin. A noter que son père a été opéré pour volvulus de l'S iliaque.

Observation XIII (inédite).

Que nous devons à l'obligeance de MM. Caraven et Vasselle.

René F..., 18 ans, ouvrier agricole, entre le 21 janvier 1931 à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, pour des phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite, qu'on suppose être appendiculaires. L'examen qu'on en fait n'indique pas de symptômes absolument nets mais ne montre pas non plus de signes d'une autre maladie, de sorte qu'un certain délai étant pris pour refroidissement et pour surveillance, on finit par l'opérer.

Incision de la paroi par dissociation des muscles en dedans de l'épine iliaque. Le péritoine a des lésions discrètes mais indubitables de péritonite chronique pseudo-granulique. On cherche le cæcum et le côlon, très patiemment sans le trouver. La fosse iliaque et la région lombaire



FIG. 9. — Observation XIII. Lavement opaque.

argement exposées par des valves ne contiennent pas traces de gros intestin. Le péritoine va directement de la paroi latérale vers la ligne médiane sans être soulevé par un intestin. De guerre lasse on referme la paroi.

Pour explorer les parties supérieures de l'abdomen on a appliqué la même dissociation du grand oblique prolongée

vers le haut, mais on fait une deuxième dissociation du petit oblique. On ne trouve sous le foie aucune trace de cæcum. On referme.

Une dizaine de jours après quand le malade est bien rétabli, on fait un examen radiologique (repas et lavement baryté) qui montre que le côté droit de l'abdomen renferme uniquement du grêle et que le gros intestin est en totalité à gauche de la ligne médiane.

Le 10 février le malade sort de l'hôpital.

Actuellement, dix mois environ après sa crise pseudo-appendiculaire, le malade se porte bien et mène une vie active ; il n'a plus jamais souffert depuis.

Observation XIV (résumée). — Schekter.

Il s'agit d'une malade de 33 ans venue consulter pour une crise d'oppression nocturne avec palpitations. On pense à une origine aérogastrique ou aérocolique. Un examen radiologique pratiqué le lendemain montre une inversion duodénale, avec angle duodénojéjunal à droite et une inversion totale du côlon.

(M. Schekter parle d'une inversion totale du côlon, il semble bien qu'il s'agisse d'une sinistrocôlie).

CONCLUSIONS

De toutes les anomalies de position du gros intestin la sinistroposition colique avec dextroposition du grêle est l'une des plus fréquentes. Elle répond à un mécanisme dont l'embryologie nous fournit la clef : l'arrêt de torsion de l'anse intestinale embryonnaire.

Il y a lieu d'insister sur la coexistence fréquente d'anomalies du duodénum ; duodénum totalement ou partiellement mobile, duodénum inversé. Ces anomalies s'expliquent également par la torsion incomplète de l'intestin embryonnaire, entraînant le défaut d'accolement du duodénum au feuillet péritonéal postérieur.

Au point de vue clinique, après une phase de latence souvent longue, on peut voir survenir soit des troubles de transit (stase intestinale chronique), soit le syndrome clinique de la périviscérite, phénomènes douloureux et d'imprégnation toxique générale.

Parfois on observe des complications brutales : Invagination iléocæcale ou volvulus. Mais dans un grand nombre de cas l'anomalie semble bien tolé-

rée et n'être qu'une trouvaille accidentelle d'examen radiologique pratiquée pour une affection concomitante.

La mise en évidence au moyen des rayons X de la sinistrocolie avec dextroposition du grêle sera obtenue assez facilement par les techniques courantes. Dès le début de l'examen par repas opaque la radiologiste soupçonnera l'anomalie en constatant la situation topographique anormale des premières anses grêles. Il sera utile après l'étude du transit par repas de pratiquer un examen par lavement pour bien explorer le côlon terminal.

Le traitement sera surtout symptomatique. On luttera contre la constipation et les phénomènes douloureux pour lesquels certains agents physiques sont particulièrement indiqués (diathermie, infrarouges, etc.). Les interventions seront pratiquées en cas de complications : syndrome d'obstruction, volvulus.

Vu : le Président de la thèse,
GOSSET.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Albrecht et Arzt.* — Ueber angeborene Lageanomalien des Wurm fortsatzes, Verh. d. Ges. deutsch (Naturf. u. Aerzte, 81 Vers. Teil II, p. 34, Leipzig 1910).
- Appelmanns.* — Sur les malformations congénitales de l'Intestin (Revue de Chirurgie, oct. 1926).
- Baumgartner.* — Deux cas d'anomalie de la torsion de l'anse intestinale (Congrès de Chirurgie, 1913).
- Bänzel Paul.* — Le Duodénum mobile (Société de Gastroentérologie, Paris, avril 1928).
- Bergeret.* — Anomalie de torsion de l'intestin (Travail de MM. Brœuet et Caroli) (Société de Chirurgie, 12 mars 1930).
- Bérndt.* — Eine seltene Lageanomalie des Darmes (Med. Klinik., 1910, p. 179).
- Black.* — Displacements of the colon (Annals of Surgery, 1912, décembre).
- Brœuet.* — Un cas d'arrêt de la rotation de l'intestin (Société anatomique 7 janvier 1926).
- Budberg-Boenighausen et Koch (W.).* — Darmchirurgie bei ungewöhnlichen Lagen und Gestaltungen des Darmes (Deutsche Zeitsch. f. chir., 1896, XLIV, 4-5 et XLIII, 1-2).
- Descomps.* — Anomalie de la torsion intestinale et torsion incomplète (Journal d'Anatomie et de Physiologie, 1909, p. 616).
- Dillenseger.* — Un cas de dextroposition du grêle et de sinistroposition colique (avec duodénum entièrement mobile) (Bulletin et Mémoires de la Société de Radiologie médicale de France, avril 1929).
- Duplenne.* — Anatomie macroscopique du côlon ascendant. Th. de Paris, 1930.

- Duval.* — Le Duodénum mobile (Société de Chirurgie, 18 mai 1927).
- Fredet.* — Torsion de l'anse intestinale (Anatomie de Poirier, p. 334 et suivantes, t. IV, fasc. III).
- Gilbert.* — Anomalie topographique congénitale par torsion incomplète de l'intestin (Journal de Radiologie, oct. 1925).
- Grégoire.* — Côlon droit mobile (Anatomie chirurgicale thoracoabdominale).
- Grönroos.* — Ueber einen Fall abnormer Lagerung des Darmkanals beim Erwachsenen (Anat. Anz., 1893 t. IX, n° 4, p. 89).
- Grünwald et Hecker.* — Classification des anomalies du côlon d'après les dernières données embryologiques (Société de Biologie, 10 juin 1926).
- Hartmann.* — Travaux de Chirurgie, 7^e Série. 1928.
- Hecker, Grünwald et Kühlmann.* — Les Anomalies congénitales de forme et de position et leur importance chirurgicale (Revue de Chirurgie, sept. 1926).
- Helmsmüller.* — Ein Fall von Axendrehung des gesamten Diennarms und aufsteigenden Dickdarms. Thèse de Kiel, 1898.
- Koch (U.).* — Die angeborenen ungewöhnlichen Lagen und Gestaltungen des menschl. Darmes (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 5 LI, 1899, p. 1-64).
- Lusena.* — Le volvulus chronique de l'intestin grêle par torsion mésentérique (Archivio italiano di Chirurgia, t. XXI, fasc. 5, juin 1928, p. 488).
- Mocquot et Détré.* — Hernie diaphragmatique congénitale observée chez une femme de 47 ans (Société nationale de chirurgie, 11 mars 1925).
- Nightingale.* — Case of intestinal obstruction complicated with malposition apparently congenital of the colon (Lancet, 1897, July 3).
- Ombredanne.* — Anomalie de torsion de l'anse intestinale primitive (Société de Chirurgie, 5 mars 1930).
- Petit de la Villéon.* — Anomalie congénitale du côlon droit (Société des chirurgiens de Paris, 10 janv. 1930).
- Quervain (De).* — Traité de diagnostic chirurgical.
- Des positions anormales de l'intestin (Semaine médicale, 1901, p. 321).

- Schekter.* — Un cas d'inversion duodénale et colique (Bull. et Mém. de la Société de Radiologie Méd. de France, oct. 1931).
- Sencert.* — Cas d'arrêt de torsion de l'intestin (C. R. Soc. Biol., 1905, t. XVII, p. 325).
- Shober.* — Anomalous positions of the colon (Amer. J. méd. Sc., 1898, p. 403).
- Strehl.* — Congénitale Retroposition des Dickvarms (Arch. f. Klin. Chir., t. LXXXVII, 1908, p. 8).
- Thévenard.* — Anomalie congénitale du côlon droit (Soc. des chirurgiens de Paris, 21 fév. 1930).
- Tiller.* — Importance et fréquence des malformations coliques en Pathologie digestive (Bulletin et Mémoires de la Société de Radiologie Méd. de France, oct. 1931).
- Vasselle.* — Transposition du gros intestin à gauche de la ligne médiane. Intestin grêle à droite. Inversion du duodénum (Société de Gastro-entérologie, Paris, mai 1926).
- Weil (Mathieu Pierre) et Détré (Georges).* — Un cas de transposition de la totalité du gros intestin à gauche de la ligne médiane. Arrêt de torsion intestinale embryonnaire (Société de Gastro-entérologie de Paris, 8 juin 1925).
- Whipham.* — Twisting of the intestine (Med. Times and Gaz., 1876, II, p. 33).
- Young.* — An abnormal disposition of the colon (Journ. of Anat. and Physiol., vol. XIX, 1885, p. 98).

